

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N° 400

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marcel FONDEVILLE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 1^{er} Juillet 1914, à Ria (Pyrénées-Orientales)

CONTRIBUTION
au
DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE
DES NICHES GÉANTES
de la
petite courbure de l'estomac

Président : M. MONDOR, Professeur

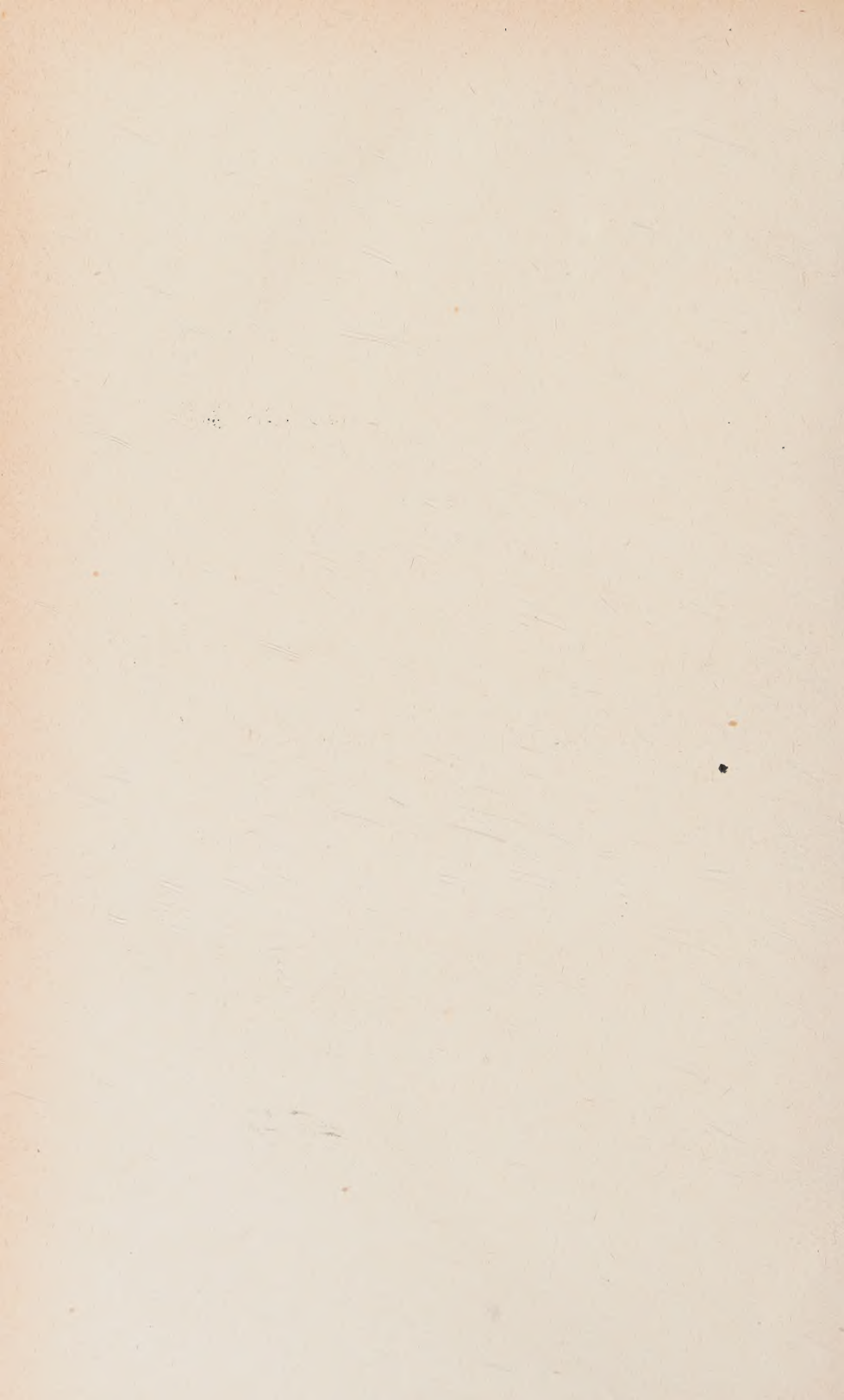
PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1941



Digitized by the Internet Archive
in 2026



ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marcel FONDEVILLE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 1^{er} Juillet 1914, à Ria (Pyrénées-Orientales)

CONTRIBUTION
au
DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE
DES NICHES GÉANTES
de la
petite courbure de l'estomac

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	MONDOR.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE*..... Pathologie expérimen-
 tale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HFFITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

Pathologie chirurgicale
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		BROcq	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER ..		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
LAROCHE (G.)..		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

Dont je n'oublierai jamais les sacrifices. Faible gage de ma profonde reconnaissance et de mon amour filial.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRERE

A MON FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Henri MONDOR

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*Infiniment sensible à l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse. Qu'il trouve ici l'hom-
mage de notre profonde reconnais-
sance.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur DECOURT

Médecin de l'Hôpital Tenon

Dont j'ai été l'élève et qui a bien voulu m'autoriser à utiliser les observations de son service. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur PERIER

Ancien interne

Médecin-assistant des Hôpitaux de Paris

*Qui a bien voulu m'inspirer le sujet
de cette thèse. Je le prie de bien vou-
loir accepter l'hommage de mes senti-
ments dévoués et reconnaissants.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stages

Monsieur le Professeur agrégé LIAN

Monsieur le Docteur ROUX-BERGER

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Docteur GERNEZ *In memoriam*

Monsieur le Docteur René BENARD

Monsieur le Professeur GUILLAIN

Monsieur le Professeur GOUGEROT

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Monsieur le Professeur agrégé VIGNES

Monsieur le Professeur agrégé SEZARY

Externat

Monsieur le Docteur Jean-MADIER *In memoriam*

Monsieur le Docteur A. RAVINA

Monsieur le Docteur DECOURT

Monsieur le Docteur TIXIER

Nous avons eu l'occasion, au cours de notre Externat, de suivre l'évolution d'un certain nombre d'ulcéreux à la Consultation de Médecine de l'Hôpital Tenon.

Nous avons été frappé par la relative fréquence et la dimension des niches de la petite courbure gastrique décelées par l'examen radiologique. Nous avons ainsi pu réunir onze observations, toutes inédites, et chez qui se posait souvent de façon angoissante un problème étiologique, comportant ou non une sanction chirurgicale.

C'est afin d'éclaircir ce point que nous avons réuni les quelques documents figurant dans cette thèse.

Il arrive assez souvent qu'au cours d'un examen radiologique pratiqué sur l'estomac, le médecin découvre l'existence d'une niche de la petite courbure, --- niche faisant la preuve d'une lésion jusque-là soupçonnée ou parfois complètement méconnue.

Si le diagnostic de lésion gastrique apparaît comme évident, reste à faire le diagnostic nosologique de la lésion elle-même, en pratique de distinguer l'ulcère gastrique du cancer.

Alors qu'autrefois l'importance des dimensions de la niche faisait craindre une tumeur maligne, nous verrons qu'à l'heure actuelle cette notion demande à être entièrement révisée, et que c'est sur un ensemble de faits que l'on s'appuie pour préciser l'origine de cette déformation de la paroi, à savoir :

- a) L'examen clinique;
- b) Les examens paracliniques;
- c) Les caractères radiologiques de la niche et de l'estomac;
- d) Assez souvent, d'ailleurs, on ne peut que faire un diagnostic d'attente, et c'est avant tout l'évolution clinico-radiologique qui apportera la certitude et partant déterminera ou non l'intervention chirurgicale.

LA CLINIQUE

Contrairement à la neurologie ou à la cardiologie, par exemple, où l'étude des réflexes d'une part, et l'examen de l'appareil cardio-vasculaire d'autre part, s'avèrent capitaux, en gastro-entérologie, l'examen clinique ne donne qu'assez peu de renseignements précis. Par contre, *l'interrogatoire* va revêtir une importance capitale, interrogatoire qui devra être minutieux et précis, et suffisamment prolongé. Le médecin devra savoir s'armer de patience afin d'éviter les digressions du patient qui relate avec complaisance les diagnostics déjà pratiqués sur lui, en donnant son avis, et les nombreuses thérapeutiques suivies, — mais demeure en général succinct sur les signes subjectifs qui sont les plus importants pour le gastro-entérologue.

Dans les cas types, lorsqu'il existe *un syndrome douloureux tardif périodique* net, on peut à coup sûr faire d'emblée le diagnostic d'ulcère, surtout si l'ingestion d'aliments ou d'alcalins calme les douleurs.

Détaillons chaque terme qui a son importance.

— *La douleur* siège en général à l'épigastre, ou sous le rebord costal gauche, elle irradie parfois dans le

dos — douleur en broche —, caractère classique, ailleurs remonte le long du sternum, ou vers le cœur, pouvant faire croire à un syndrome angineux (DECOURT et BASCOURET), enfin aussi vers la droite.

Parfois très vive, elle peut être modérée, ne constituant qu'une simple gêne; elle s'accompagne souvent de sensation de crampe, de torsion; quant aux brûlures proprement dites, elles sont souvent le siège d'une gastrite associée.

— *L'horaire et la périodicité* constituent les deux caractères fondamentaux de cette douleur.

C'est en général de une à trois heures après les repas que le malade commence à souffrir, parfois même quatre ou cinq heures, et ce aussi bien après le déjeuner que le dîner. La durée est variable, plusieurs heures en général, à moins que le malade ne la calme lui-même par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins.

En effet, le bismuth et les sels alcalins ont un heureux effet d'apaisement et calment en général la douleur assez vite, de même d'ailleurs que l'ingestion d'aliments, de pain en particulier, — petit moyen que connaît parfaitement le malade. Parfois même, la douleur revêt le type de fringale qui est également calmée par la prise de n'importe quelle nourriture.

— Enfin, dernier caractère, cette douleur tardive évolue par crises, d'une durée variable de une à six semaines, en moyenne quinze à vingt jours. Ces crises surviennent une à deux fois par an, tout au moins au début de la maladie, et dans leur intervalle le malade ne souffre absolument pas, tolère n'importe quel

aliment, conserve un excellent appétit et un bon état général, et a oublié sa crise passée. Nous verrons qu'à un stade plus avancé, la netteté de la crise tend à s'estomper.

Tel est le signe nécessaire et suffisant de la maladie de Cruveilhier : la douleur épigastrique tardive périodique.

En outre, au moment de la crise, peuvent survenir des vomissements aqueux ou alimentaires, d'intensité variable, pouvant aboutir parfois à une intolérance alimentaire totale; ailleurs, ce sont de simples nausées.

L'existence d'un vomissement de sang abondant ayant entraîné un certain degré d'anémie peut se voir; plus souvent, le malade a remarqué que ses selles étaient noires, en dehors de tout traitement par le bismuth ou le charbon, signe dont la régularité et la constance seront d'un certain appoint pour le diagnostic.

Ajoutons qu'enfin, au moment de la crise, la constipation est habituelle ou tout au moins plus marquée que d'habitude.

— En résumé, syndrome douloureux tardif périodique ayant débuté brusquement : le diagnostic est très probable; lorsque de pareilles crises sont déjà survenues depuis plusieurs années et revêtent toutes le même caractère, le diagnostic est quasi certain.

— Le tableau clinique du cancer gastrique est tout différent : *le flou de son histoire s'oppose à la netteté de celle de l'ulcère.*

Avant tout, pas de périodicité, pas de douleur vive, pas d'horaire précis. Le malade accuse rarement une douleur vraie, plutôt une douleur sourde, une simple pesanteur, une gêne assez vague avec parfois quelques renvois, il sent que les aliments « ne passent pas » ; mais il n'y a pas de vomissement ou rarement, tout au plus un simple état nauséeux.

Cette gêne, quoique plus accentuée deux à trois heures après les repas, existe aussi aux autres moments de la journée, le matin en particulier, ce qui ne se voit pas chez l'ulcéreux, dont le réveil est en général le meilleur moment de la journée.

L'anorexie est un meilleur signe, peut-être d'abord élective pour la viande rouge (SAVIGNAC), elle s'étend bientôt aux autres aliments et s'accompagne d'une certaine asthénie et d'amaigrissement.

Enfin, chez un malade sans passé digestif, ces différents troubles se sont installés peu à peu progressivement, sans à-coup.

— Tels sont les deux tableaux cliniques théoriquement opposés point par point. Malheureusement, assez souvent les renseignements fournis par l'interrogatoire sont beaucoup moins précis.

En effet, les deux affections peuvent être cliniquement prises l'une pour l'autre.

— Le cancer simule l'ulcère, c'est *le cancer ulcérimforme* de GUTMANN. C'est tout le tableau d'une crise ulcéreuse avec sa douleur aiguë tardive à horaire régulier : son apparition chez un sujet jeune, son début brusque risquent de faire songer à un ulcère et doivent d'ailleurs y faire songer. Il n'existe pas d'anté-

cédents digestifs, pas de crises analogues en particulier.

Ulcère au début ou cancer ulcériforme?

Nous verrons plus loin que l'aspect radiologique et le siège de la déformation surtout peuvent aiguiller vers l'une des deux maladies.

En pratique, c'est l'évolution seule qui tranchera, et l'influence de la thérapeutique mise en œuvre. D'ailleurs, parfois, comme dans l'ulcère bénin, il y aura une rémission apparente, des troubles cliniques, et c'est la radiologie qui reformera un pronostic qui semblait favorable.

— L'ulcère simule le cancer. En effet, loin de se manifester par une crise explosive à horaire régulier, le malade se présente comme un dyspeptique, à crise subaiguë mais tenace, avec anorexie progressive, retentissement sur l'état général, hémorragie par voie haute ou basse, entraînant un certain degré d'anémie. Chez un sujet âgé, tout milite en faveur du cancer, surtout si le sujet ne présentait pas d'antécédents digestifs.

Ajoutons que la question d'âge risque d'être souvent trompeuse. Les auteurs lyonnais, avec SAVY et ses élèves, viennent récemment d'attirer l'attention sur un syndrome clinique « d'ulcère cancéiforme » ainsi caractérisé : chez un sujet ayant dépassé la cinquantaine, survient une dyspepsie post-prandiale tardive, sans périodicité, ou avec de courtes rémissions auxquelles succède une douleur continue, en général modérée. En même temps, surviennent des troubles de l'état général, anorexie élective ou non, anémie,

amaigrissement important; bref, tout dans la symptomatologie clinique oriente vers l'idée de tumeur, d'autant plus que ces différents troubles sont d'apparition récente, quelques mois, un an au maximum.

Si, au contraire, ce même tableau clinique survient chez un ulcéreux ancien et reconnu comme tel, le problème est tout aussi complexe, car il pose la question de la dégénérescence de l'ulcère : la modification de l'état général, l'amaigrissement régulier, la diminution de l'acuité de la douleur et sa ténacité seront des symptômes hautement suspects, qui s'observent parfois aussi dans les vieux ulcères calleux.

Quant à l'examen clinique proprement dit, il ne permet pratiquement pas de trancher en faveur de l'une ou l'autre maladie :

- une vague sensibilité épigastrique,
- une légère résistance de la paroi,

sont des signes connus et d'assez peu d'intérêt. On recherchera néanmoins un ganglion de Troisier dont la valeur est discutée.

Par conséquent, par la clinique, on ne peut que fortement soupçonner l'étiologie de la lésion; on ne peut que rarement l'affirmer.

Force est de recourir aux examens paracliniques.

EXAMENS PARACLINIQUES

La radiologie a pris la première place; seuls deux autres examens demeurent encore assez usités :

— Le tubage gastrique,

— La recherche du sang dans les selles.

Classiquement, l'ulcère s'accompagne d'hyperchlorhydrie, et le cancer d'hypo ou d'anachlorhydrie. En réalité, les exceptions sont presque aussi nombreuses que la règle.

Les vieux ulcères avec gastrite ont une chlorhydrie normale ou diminuée.

Certains cancers sont hyper ou hypochlorhydriques.

Peut-on retenir simplement qu'une forte anachlorhydrie milite plutôt en faveur d'une tumeur?

A vrai dire, dans le cas qui nous intéresse ici, et si on s'en rapporte aux statistiques de COMFORT et VANZANT, on sait que, si les petites niches cancéreuses dont la dimension avoisine 3 cm² ne s'accompagnent d'anachlorhydrie que dans 17 % des cas, par contre, plus la niche augmente de dimensions, plus l'achlorhydrie augmente, à tel point qu'aux environs de 10 cm², dans 93 % des cas, l'HCl est faible ou nul. On peut donc dire qu'une grosse niche avec hyperchlorhydrie est bien en faveur d'un ulcère.

Différentes réactions : Meyer, Weber, permettent de découvrir l'existence d'une hémorragie occulte; mais tous deux saignent, l'ulcère et le cancer, celui-ci plutôt de façon continue, celui-là plutôt pendant et au décours des crises.

Cette hémorragie intestinale, continue, constitue moins une crise au diagnostic différentiel qu'une indication opératoire s'il s'agissait d'un ulcère.

Quant à la *gastroscopie*, elle peut orienter parfois l'examen. René CHEVALIER a décrit un syndrome gastroscopique du cancer avec l'aspect cartonné et rigide de la muqueuse, l'absence de gastrite rétractile, autour de l'ulcération. F. MOUTIER insiste sur la fréquente latence clinique de ces ulcères géants de la petite courbure qui, à l'endoscopie, sont dénués de toute réaction spasmodique ou hyperkinésique de la muqueuse gastrique, mais s'accompagnent d'un énorme bourrelet périulcéreux avec œdème considérable expliquant les dimensions de l'image radiologique et la rapidité de son apparition.

RADIOLOGIE

L'interrogatoire et l'examen terminés, le médecin doit déjà avoir une idée d'orientation et va maintenant examiner les clichés.

Il lui faudra d'abord éliminer toutes les images de fausse niche, diagnostic en général très facile. La confusion d'une niche de la petite courbure avec l'angle duodéno-jéjunal ne peut être que le fait des débutants.

Parfois, à son union avec l'antra, la petite courbure dessine une voussure qui, si elle est surmontée d'une bulle d'air colique, peut faire croire, à un examen superficiel, à l'existence d'une niche de Haudeck.

Il est parfois plus difficile d'éviter la confusion avec un diverticule de la petite courbure ou de l'angle duodéno-jéjunal; on se basera sur la largeur de la base de l'image, l'implantation haute sur la petite courbure. Enfin, l'histoire clinique est très différente; on n'omettra pas d'examiner le malade en Trendelenburg.

Ces images précédentes peuvent simuler plutôt les niches ulcéreuses; d'autres aspects tels que l'image en champignon de la petite courbure (par spasme) peuvent évoquer l'idée de cancer.

En pratique, c'est le diagnostic étiologique qui demeure le plus important; c'est lui surtout que nous allons étudier radiologiquement.

La niche ulcéreuse est la plus fréquente.

Dans le cas type, elle se reconnaît facilement aux caractères suivants :

— Ronde et régulière, elle s'accompagne d'un étroit pédicule.

— Ancienne et surmontée d'une bulle d'air, elle forme la classique niche de Haudeck paraissant extragastrique, en réalité souvent reliée à l'estomac par un pédicule; elle traduirait l'existence d'un ulcère perforé bouché.

- Elle est nettement située en dehors du profil gastrique qu'elle déborde.

Son rebord (ulcus-wall) cède à la compression.

— Elle est *souple*, comme le prouve la souplesse de son collet due au spasme.

— Elle est *sensible* au palper sous radioscopie.

— Elle s'accompagne d'*hypercinésie*, de spasme pylorique, d'incisure au niveau de la grande courbure, de rétraction de la petite courbure, voire de biloculation vraie.

— Enfin, l'étude des plis de la muqueuse montre que ceux-ci convergent vers la niche.

Le meilleur des signes précédents est fourni par la rétraction de la petite courbure, car une grosse niche sans rétraction est presque sûrement néoplasique. En effet, le cancer rétracte en bloc.

Enfin, pour certains auteurs (G. DURANT et NEMOURS Auguste), la *teinte de la niche* présente une très grosse

valeur diagnostique : bénigne, elle est identique à celle de l'estomac; elle est atteinte par les contractions de l'organe, elle s'accompagne souvent de gastrite; enfin, caractère capital, *elle est toujours plus grande en procubitus que dans la station debout*, au contraire de la niche cancéreuse qui, elle, ne change pas de volume, et dont la teinte est moins marquée que celle de l'estomac; elle n'est pas uniforme à la base d'implantation et elle est irrégulière sur les différents clichés.

Peu ou pas de spasticité gastrique, hypocinésie.

Enfin, ajoutons son indolence au palper appuyé sous écran radioscopique, qui s'oppose à la vive sensibilité habituelle de la niche ulcéreuse.

En effet, la niche cancéreuse est « l'expression radiologique de la forme ulcérente du cancer dont la forme végétante se traduit par une lacune et la forme infiltrante par la raideur » (GUTMANN).

C'est donc avant tout entre l'ulcère et le cancer ulcérimforme que le diagnostic va se poser.

L'étude de la niche cancéreuse est double :

— La niche elle-même;

— Son retentissement sur la muqueuse gastrique.

La niche en plateau est la plus fréquente; c'est une niche longue, peu saillante, raide, enfin constante sur tous les films; elle s'implante largement sur la petite courbure en faisant en général une saillie assez discrète.

Son fond est rectiligne ou bombé; elle peut être limitée de un ou de deux côtés par une dépression à

type d'ulcus-wall. Son rebord est parfois visible (avec compression) et constitue une image de *ménisque*.

Cette niche s'accompagne de raideur et les ondulations péristaltiques la mobilisent en bloc, « comme un radeau soulevé par les vagues », ce qui explique que parfois elle est invisible sur certains films d'une série, même volumineuse.

La grosse niche est une niche largement implantée, profonde, triangulaire et s'amincissant vers le haut. Elle déborde le profil gastrique au lieu d'être en retrait.

Elle est donc très suspecte, surtout dans la région prépylorique, surtout si elle présente un aspect pommelé.

La niche encastrée est une combinaison de cancer infiltré et ulcérant caractérisée par un aspect encastré typique, limité ou non par un rebord saillant de deux côtés, et au fond de cette dépression se voit une niche à fond plat ou circulaire.

Mais parfois la niche cancéreuse se présente sous un aspect absolument banal, simulant parfaitement la niche ulcéreuse habituelle. Dans ce cas, l'étude attentive de l'estomac, en particulier autour de la niche, va souvent fournir des renseignements de la plus haute importance.

Sur le profil gastrique, et surtout en aval de la niche, on peut parfois constater que la surface s'infléchit ou devient rectiligne; cette déformation commence au-

dessus de la niche, parfois en-dessus et en-dessous; de toute façon, elle se termine par un ressaut brusque qui rejoint le contour normal, traduisant un certain degré d'infiltration périlésionnelle.

Cette image, décrite par AKERLUND sous le nom de *dépression plate*, est souvent en retrait sur la petite courbure.

Quant aux niches dans une lacune simple ou en arc, elles sont le plus souvent de petite dimension.

Autour de la niche elle-même, un aspect « grignoté » traduisant une lacune au début, le prolongement longitudinal vers l'intérieur de l'estomac d'une ombre avec aspect nuageux sont des signes de malignité.

Classiquement, l'étude des plis, faite sur un estomac en évacuation, ou au palper en scopie, fournissait un appoint au diagnostic de malignité :

Plis « épaissis, anguleux, irréguliers, comme cassés, aspect polypoïde, ou anarchique, en tourbillon, à rebroussepoil », s'arrêtant autour de la niche.

Enfin, l'existence sur la courbure opposée à la niche d'un « signe du drapé » traduisait l'infiltration cancéreuse commençante.

De même, l'insuffisance pylorique lorsqu'elle accompagne une niche pré ou juxtapylorique.

En réalité, toutes ces déformations radiologiques, pour aussi attrayante que soit leur étude, sont loin d'être pathognomoniques :

— Le caractère rentrant est un bon signe de cancer, mais une tumeur saillante peut être cancéreuse

(niche triangulaire, niche sur fond plat, par exemple).

— L'incisure spastique de la grande courbure en cas d'ulcère simule le signe du drapeau.

— Un collet souple et étroit peut cependant être déjà en voie de dégénérescence.

— La niche en plateau ou avec ménisque se voit dans certains ulcères (Obs. N° 3), l'image de Haudeck dans certains cancers.

— Enfin, la valeur de l'étude des plis est très discutée; un aspect typiquement anarchique avec épaississement est le fait de vieux ulcères avec gastrite, voire de certaines gastrites qui simulent une image de niche, en particulier lorsqu'elles accompagnent une ulcération duodénale.

— Peut-être plus qu'à la forme elle-même de la niche et aux déformations voisines, GUTMANN (à qui nous sommes redevable de la plus grande partie de cette description radiologique émaillée de termes de comparaison pittoresques) accorde une valeur considérable au *siège* de la niche.

La position verticale de la petite courbure est avant tout le siège de l'ulcère et celui-ci n'a pas tendance à dégénérer; donc, une longue histoire clinique avec périodicité est d'un bon pronostic; au contraire, si l'histoire est récente, on se méfiera, quoique peu fréquent à cet endroit, d'un cancer ulcériforme.

La position horizontale est à priori suspecte, car le cancer y est fréquent et l'ulcère y dégénère souvent.

Aux deux extrémités de la petite courbure, la région haute, sous-cardiaque, est souvent atteinte par le

néoplasme. Au contraire, l'ulcère pylorique, bien qu'en zone dangereuse, ne dégénère qu'assez peu fréquemment (2 % des cas - GUTMANN et HOFFMANN).

Mais l'angle gastrique et le tiers inférieur de la portion verticale de la petite courbure demeurent une zone dangereuse, où le néoplasme est loin d'être rare.

Voici le résumé, décrit par GUTMANN, pour schématiser la tendance ulcéreuse ou maligne de la petite courbure gastrique :

Petite Courbure	{	Zone sous-cardiaque :	cancer + fréquent, transformation possible.
		Zone verticale :	ulcère + fréquent, pratiquement jamais de transforma- tion.
		Angle	cancer, ulcère et transformation fréquente.
		Zone horizontale	
		Zone prépylorique :	cancer + fréquent, transformation extrêmement fré- quente.
		Zone pyloro-gastrique :	ulcère + fréquent, transformation possible.

Donc, la localisation de la niche à tel ou tel endroit de la petite courbure apporte un argument à priori en faveur de tel ou tel diagnostic, mais la fréquence de transformation maligne enlève toute idée d'absolu à cet appoint diagnostique.

Restent à étudier les *dimensions propres* de la niche. Nous ne nous occuperons par définition que de niches d'un certain volume. Classiquement, elles étaient toujours attribuées au cancer.

Dans une importante statistique, ALVAREZ CARPENTIER et MAC CARTY donnaient les chiffres suivants :

Inférieure à 2 cm. 5	10 %	de cancer
Entre 2,5 et 3,5	2/3	»
Supérieure à 3,5	99 %	»

Pratiquement, les niches géantes se révélaient cancéreuses; cependant, certains auteurs avaient apporté des niches géantes de nature ulcéreuse : HARTMANN et M. RENAUD, BURGER et MEGRELL 11/6, PEABODY 19/10.

Tout récemment, de nombreuses observations sont publiées dans ce sens :

J. MONGES et M. LÈGRE, — LAPORTE, MOREL, DARNAUD et GOURDON, — JOLY, — RAVALT, GIRARD et VIALIER.

Nous-même, dans dix observations inédites, apportons une niche géante de 65 millimètres (Obs. N° 1) et plusieurs de dimensions égales ou supérieures à 35 millimètres.

Donc, la notion de taille n'implique nullement l'idée a priori de niche maligne; cette notion ancienne doit être totalement révisée.

De même, celle que l'augmentation rapide de la niche est en faveur du cancer.

Sur la petite courbure, cette assertion est erronée; c'est au contraire la progression lente de la niche qui est très suspecte, ou son siège sur la portion horizontale, ou son irrégularité progressive, et ce malgré le traitement.

Par conséquent, à l'heure actuelle, il n'existe aucun moyen d'affirmer sur l'heure, après examen clinique et paraclinique, la bénignité ou non d'une niche de la petite courbure gastrique.

La clinique est souvent trompeuse.

La radiologie, beaucoup plus précise, ne permet cependant pas de trancher de prime abord; elle peut — et elle doit — faire dire *suspect ou non suspect* (GUTMANN), avec toute la latitude d'erreur qu'apporte une telle affirmation.

En réalité, le seul moyen précis, sinon certain, de trancher le débat, et partant d'apporter ou non une sanction chirurgicale, réside dans l'évolution des images et des signes cliniques sous l'influence du traitement mis en œuvre : c'est *le test évolutif de GUTMANN*.

EVOLUTION THERAPEUTIQUE

Dans l'ulcère, en effet, l'image radiologique est due à la fois à l'ulcère lui-même, à l'œdème péri-ulcéreux et au spasme circulaire, le tout formant la niche. Dès que la crise est survenue, les signes radiologiques s'installent d'emblée et non progressivement. De même à la fin de la poussée, la niche disparaît ou tout au moins diminue presque complètement en tendant à se mettre à plat, ce qui a fait comparer, par GUTMANN, l'ulcère à une sorte d'« herpès récidivant ».

Dans le cancer, au contraire, les signes cliniques peuvent être progressifs ou irréguliers, s'amendant parfois même sous l'influence du traitement médical. Mais la lésion radiologique une fois apparue, même traitée, ne disparaît jamais; au contraire, même, elle progresse lentement et inexorablement. Si l'on excepte quelque observation de KIRKLIN où la paroi de l'estomac, rongée par le cancer, diminuait de volume, et la niche avec elle, il n'y a en principe pas d'exception à cette règle.

Mais l'évolution clinico-radiologique d'une niche ulcéreuse peut revêtir parfois un caractère troublant.

Parfois, en effet, les poussées se prolongent en pre-

nant une allure redoutable lorsque, chez un sujet âgé, indemne jusqu'ici de toute gastralgie, apparaissent de l'anorexie, une douleur modérée, de l'amaigrissement, et qu'à la radio on découvre une grosse niche.

Sur la petite courbure, il faut songer d'abord à l'ulcère, et bien souvent, après le deuxième mois de traitement, on verra tout rentrer dans l'ordre.

Des poussées semblables peuvent survenir chez un ancien ulcéreux chez qui l'on craint une transformation maligne.

Là encore, il faudra traiter, attendre un mois, et se décider sur la nouvelle série de radios.

Ailleurs, malgré le traitement, les douleurs persistent et la niche demeure. Il s'agit probablement d'un cancer ulcérimforme, ou chez un ancien ulcéreux d'une dégénérescence. L'opération s'impose; on tombera parfois sur un ulcère calleux bénin. — Erreur de diagnostic, mais surprise agréable.

Enfin, si le malade est cliniquement guéri, mais que la niche persiste, il faut être très interventionniste, surtout dans la portion horizontale de l'estomac; de toutes façons, il faut régulièrement répéter les films et opérer au moindre accroissement de l'image, d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'une guérison anatomique; la fréquence des récidives ultérieures viendra montrer que l'ulcère est toujours présent, quoique disparu ou atténué radiologiquement.

Pour nous résumer, nous dirons avec GUTMANN :

— Disparition spontanée ou quasi spontanée des si-

gnes cliniques et radiologiques à la fin d'une poussée : lésion certainement bénigne.

— Disparition des signes cliniques et radiologiques sous l'influence d'un traitement très actif : lésion bénigne avec une certitude pratiquement absolue.

— Disparition des signes cliniques, diminution des signes radiologiques : lésion peut-être bénigne.

— Disparition des signes cliniques, persistance sans modification des signes radiologiques : lésion suspecte.

— Persistance des signes cliniques et radiologiques : lésion extrêmement suspecte.

— Persistance de signes cliniques et augmentation, malgré le traitement, des signes radiologiques : cancer pratiquement certain.

— Disparition des signes cliniques et augmentation progressive des signes radiologiques : cancer certain.

Par conséquent, si l'on ne dispose pas d'une seule série de films, il faut, dans la grande majorité des cas, traiter le malade pendant trois à quatre semaines, refaire des films; et le diagnostic étant posé lors de cette deuxième série, — ou de la troisième série s'il y a doute —, opérer ou non selon les indications décrites précédemment.

MISE EN ŒUVRE DU TRAITEMENT

Le bismuth, les alcalins, la belladone, constituent le traitement classique de la crise ulcéreuse. On peut leur adjoindre la vitamine A.

Les acides aminés jouissent d'une grande vogue. La parathyroïde également, par voie sous-cutanée ou rectale.

Il semble que le traitement le plus actif de la crise soit réalisé par la protéinothérapie endoveineuse, traitement toujours bien supporté à condition de diluer l'ampoule dans 10 cc. de sérum, de l'injecter à doses progressives, de l'injecter avec une grande lenteur. 3 injections par semaine : 12 suffisent dans la plupart des cas.

Les douleurs sont calmées très rapidement, et on peut souvent pratiquer les 6 dernières piqûres par voie sous-cutanée.

L'absence de rémission au bout de la série, que l'on peut dans ce cas porter à 18 piqûres, est un signe défavorable.

Dans la crise très violente, on peut imposer le repos au lit et le régime lacté. Certains auteurs, avec CAROLI, ont voulu faire du clinostatisme un véritable test pour le diagnostic de la maladie ulcéreuse; en réalité, il existe de nombreux malades clino-résistants. Dans la grande majorité des cas, une activité modérée est possible, ainsi qu'un régime assez large : grillades, poulet, légumes à l'eau, beurre, fromage maigre, fruits cuits, pain grillé ou biscottes. On recommandera expressément au malade de ne pas fumer à jeun.

La disparition ou quasi-disparition de la niche varie de 1 à 6 semaines. C'est à ce moment que l'on doit prendre une deuxième série de films.

C'est donc avant tout sur *la tendance évolutive clinique et radiologique* que l'on se basera, en se rappen-

lant qu'en cas de désaccord la radiographie prime la clinique et que c'est sur la première qu'il faut se baser, puisque nous avons vu qu'une guérison clinique correspondant à une persistance ou à une augmentation de l'image radiologique est un des meilleurs signes de cancer, d'après GUTMANN.

OBSERVATIONS

Les 11 observations ici réunies sont toutes inédites, et toutes, sauf une, ont été relevées en 1941, à la Consultation de Médecine de l'Hôpital Tenon.

Parmi le grand nombre d'ulcéreux qu'il nous a été permis de suivre, chez certains le diagnostic était extrêmement facile, tant cliniquement que radiologiquement. Chez d'autres, au contraire, un diagnostic différentiel avec le cancer se posait parfois de façon angoissante.

Nous avons pu ainsi isoler dix malades chez qui certains éléments semblaient en faveur du néoplasme :

— Augmentation de la niche malgré le traitement (Ob. N° 5), ou sa persistance (Obs. N° 9);

— Niche en plateau (Obs. N° 3);

— Niche géante avec ménisque (Obs. N° 8).

Nous y avons ajouté un malade (non suivi personnellement) qui fut considéré comme porteur d'une tumeur inextirpable avec laparotomie.

Chez tous, ou presque tous, nous avons pu avoir la preuve de la bénignité de la lésion :

— Soit par l'examen macro- et microscopique de la pièce après intervention (N^{os} 2, 5, 7, 6), ou après autopsie (N^{os} 1, 7 et 9);

— Soit par la continuation de la surveillance des malades, leur bon état général, l'absence de signes digestifs, et, surtout, la disparition complète de toute image radiologique (N^{os} 3, 4, 8 et 11).

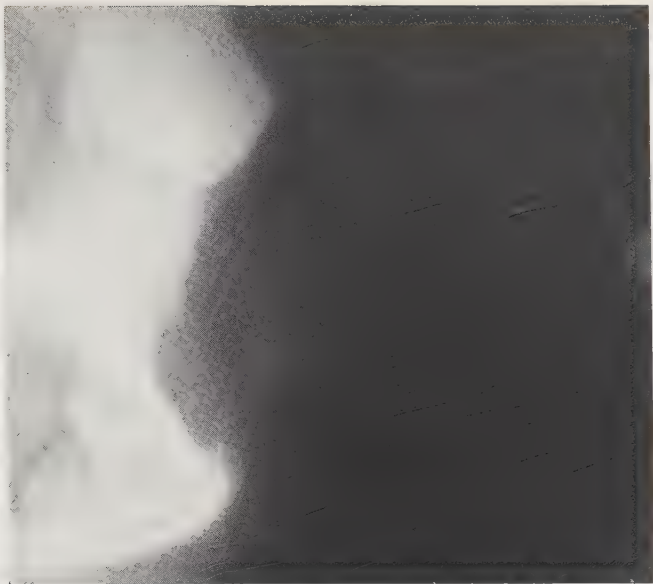
SEXE	DÉBUT	ASPECT	RADIOL.	ÉVOLUTION	TRAIT.
1 — H.	1 an	Niche	géante	Crainte de néo.	Opéré. Occl.+Ulcus.
2 — F.	12 mois	»	»		Opérée. »
3 — F.	4 mois	»	plateau	Disparaît, reparaît, redisparaît.	Va bien.
4 — F.	9 mois	»	géante	Disparaît.	»
5 — H.	6 mois	»	»	Augmente. crainte de néo.	Opéré. Guérit Ulcus.
6 — H.	3 ans	»	»	»	» » »
7 — H.	3 ans	»	»	Opéré pour néo cru inextirpable.	Guérison.+ par hémorragie cérébrale
8 — H.	9 ans	»	»	Cicatrice d'U. à l'autopsie.	»
			ménisque	Tout cède.	Va bien.
9 — F.	2 ans	»	géante	Résiste à Médicac.	Opérée. Occl. U. post. opér.
10 — H.	1 mois	»	»	Cède à traitement	U.
11 — H.	10 mois	»	»	Cède à traitement.	U.

OBSERVATION N^o 1. — *Syndrome douloureux tardif, avec crise de 3 semaines, en juin 1940; deuxième crise en avril 1941. — Radio : énorme niche de la petite courbure, faisant craindre une tumeur. — Un mois après, succombe d'occlusion intestinale aiguë après l'intervention, qui montre l'existence d'un ulcère perforé bouché de la face postérieure de la petite courbure.*

Charles Bou..., comptable, 54 ans.

Vient consulter le 27-5-1941 pour un syndrome douloureux tardif périodique.

Première crise en juin 1940 : pendant 3 semaines, le ma-



Observation N° 1. — Niche géante englobant les $\frac{2}{3}$ inférieurs de la partie verticale de la petite courbure.



Observation N° 2. — Volumineuse niche de la partie médiane de la petite courbure.

lade accuse des douleurs épigastriques de 23 heures à 3 heures du matin, calmées par l'ingestion d'alcalins.

Deuxième crise en avril 1941, plus intense. La douleur est seulement diminuée par l'ingestion des alcalins. Le malade vomit à la moindre tentative d'alimentation. Quoique souffrant de façon continue depuis six semaines, il présente une sorte de rémission une à deux fois par semaine. Pas d'amaigrissement depuis le début de la crise douloureuse, soit à peu près un an.

Les radiographies pratiquées le 30-5-41 montrent une très volumineuse niche englobant les deux tiers inférieurs de la partie verticale de la petite courbure, mesurant 65 millimètres de hauteur sur 25 de largeur, peu douloureuse au palper.

« Il s'agit probablement d'un ulcus très volumineux, bien qu'il soit impossible à priori d'écarter l'hypothèse d'un néo primitif de la petite courbure. » (Docteur MORIN.)

On conseille au malade la protéinothérapie intraveineuse. Malheureusement, voulant continuer son travail, le malade ne reçoit que quelques injections de façon très irrégulière.

Revu le 19-7-41, le malade se plaint surtout de coliques, avec parfois distension abdominale et ballonnement; il se prétend très fatigué et ses douleurs épigastriques ont légèrement diminué. Le malade est hospitalisé salle Colin, dans le service du Docteur MAY, où l'on se préparait à vérifier l'état de son estomac, lorsque, quatre jours après son entrée, il présente un syndrome d'occlusion intestinale aiguë; transporté au Pavillon Dolbeau, il est opéré d'urgence. On trouve du pus dans la fosse iliaque droite; appendice normal. Par contre, existence d'un ulcère perforé bouché de la face postérieure de la petite courbure.

Le malade succombe le soir de l'intervention.

OBSERVATION N° 2. — *Syndrome douloureux tardif périodique, datant de 12 ans. — Radio : volumineuse niche de la partie moyenne de la petite courbure verticale. — Gastrectomie : ulcère bénin.*

Alexandrine Col..., concierge, 63 ans.

Entre à l'Hôpital Tenon le 4-4-41 pour syndrome douloureux gastrique semi-tardif périodique, datant de 12 ans. La malade aurait présenté à cette époque une hématomèse de moyenne abondance suivie de l'émission de selles noires pendant plusieurs jours. De temps à autre, elle a remarqué que ses selles se noircissaient en dehors de toute thérapeutique médicamenteuse.

Examinée à Saint-Antoine, on aurait parlé d'ulcération gastrique.

Depuis cette époque, surviennent, une à deux fois par an, des périodes de crise douloureuse de 8 à 15 jours, avec irradiation dorsale, apparaissant une heure à une heure et demie après les repas, et calmées par l'ingestion d'aliments. Aucun trouble dans l'intervalle des crises.

La dernière crise remonte à un mois, et s'accompagne de vomissements alimentaires et bilieux, de fatigue, d'amaigrissement important, sans anorexie.

A l'examen, malade maigre, deshydratée, région épigastrique uniformément sensible.

Examens paracliniques : réaction d'Esbach négative. Au tubage, HCl libre 0,3, et après ingestion de bouillie 0,5 et 1,1; acidité totale, 0,6, 2,2 et 2 gr.

A la radio, volumineuse niche de la partie médiane de la petite courbure, avec grosse encoche de la grande courbure et aspect faisant songer à un début de sténose médiogastrique.

Cet aspect radiologique, l'ancienneté de la lésion et le peu d'efficacité du traitement médical, font conseiller l'intervention.

La malade est opérée le 6-5-41. Les examens macro- et microscopiques montrent qu'il s'agit d'un ulcère bénin.

OBSERVATION N° 3. — *Syndrome douloureux gastrique semi-tardif depuis 4 mois. — Radio : grosse niche en plateau de la petite courbure; disparition après un mois de traitement. — 4 mois après, hémorragie intestinale nécessitant l'hospitalisation. — Réapparition de la niche, mais, un mois après, nouvelle disparition de l'image en plateau.*

Emma Gai..., 64 ans, femme de ménage.

Vient consulter le 7-3-41 pour un syndrome douloureux gastrique semi-tardif, datant de 4 mois.

La malade souffre deux heures après les repas; douleur partiellement soulagée par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins. Pas de vomissements.

Ces douleurs sont discontinues, mais il ne s'écoule pas une semaine où la malade ne les présente.

Examen clinique négatif.

Les radiographies du 10-3-41 montrent, en outre d'une encoche spasmodique de la grande courbure persistant pendant toute la durée de l'examen, une image de *niche en plateau*, typique dans la moitié inférieure de la portion verticale de la petite courbure.

La malade reçoit un traitement de protéine par voie endoveineuse, et au bout de 9 injections le syndrome douloureux disparaît.

Les radiographies de contrôle pratiquées le 5-4-41 montrent la disparition complète de la niche en plateau, avec persistance toutefois de la déformation spasmodique de la grande courbure.

La malade est revue le 3-7-41 et n'accuse aucun trouble.

Brusquement, le 10-7-41, elle est hospitalisée d'urgence pour une hémorragie intestinale importante qui cède rapidement aux hémostatiques habituels et ne nécessite pas de transfusion. Les globules rouges remontent de 2.460.000 à 3.240.000.

Une radiographie pratiquée le 18-7-41 montrait la réapparition de la niche en plateau de la petite courbure gastrique sur les clichés pris en O. A. D.

Revue en octobre, la malade dit n'avoir pas souffert à nouveau depuis l'hémorragie intestinale.

Les radiographies de contrôle montrent que la niche n'a pas reparu.

L'examen du sang donne :

4.000.000 de globules rouges,

6.300 globules blancs,

80 % d'hémoglobine.

La recherche du sang dans les selies après repas d'épreuve est négative.

OBSERVATION N° 4. — *Syndrome douloureux tardif périodique.* — *Première crise, janvier 1941, de 2 mois.* — *Deuxième crise, juillet 1941.* — *Radio : ulcère géant de la petite courbure.* — *Un mois après : disparition des signes cliniques et radiologiques.* — *En octobre, persistance de la guérison.*

Augustine Mas..., 55 ans, concierge.

Vient consulter le 6 août 1941 pour un syndrome douloureux tardif périodique.

La première crise, en janvier 1941, a duré deux mois : les douleurs survenaient vers 10 heures, 16 heures et 22 heures; elles sont très vives, la malade ressent une impression de barre épigastrique. Elles ne sont pas calmées par les alcalins, mais par l'apparition de vomissements qui annoncent la fin des algies.

Après un intervalle libre de 5 mois, une deuxième crise éclate en juillet 1941, analogue à la précédente. Examen clinique négatif, sauf douleur modérée à la pression de l'épigastre.

A la radio (8-8-41), niche volumineuse de la partie moyenne de la petite courbure, avec douleur vive à la pression de la région sous scapie.

La malade est traitée par la protéinothérapie intraveineuse. Après 12 injections, douleur et vomissements ont disparu.

Un examen radiologique de contrôle montre la disparition totale de la niche.

Revue fin octobre, la malade continue à bien aller et a repris du poids.

OBSERVATION N° 5. — *Syndrome douloureux tardif à peu près continu depuis six mois. — Hématémèse de moyenne abondance. — Radio : grosse niche de la petite courbure. — Au bout d'un mois, disparition des douleurs. — Reprise de poids, mais à la radio la niche tend à augmenter. — Gastrectomie : ulcère bénin.*

J. Nic..., 29 ans, serrurier.

Vient pour une hématémèse survenue 8 jours auparavant. Le 17 mars 1941, à 5 heures du matin, hématémèse de sang rouge, non aéré, ne semblant pas contenir de débris alimentaires, d'abondance moyenne : 2 à 3 verres; hématémèse unique, ne s'étant pas reproduite.

On apprend en outre que, depuis 8 mois environ, le malade présentait un syndrome tardif douloureux, mais non périodique.

Les douleurs tardives survenaient 4 à 5 heures après le déjeuner et avaient à peu près cessé au moment du dîner; toutefois, l'ingestion d'aliments ou d'alcalins raccourcissait leur durée et leur acuité. Cette douleur transfixiante, en bride, siégeait au niveau du creux épigastrique en avant, et à la base du thorax droit en arrière. Parfois le malade percevait une certaine quantité d'eau qui reflue de l'estomac vers la bouche. Dans la soirée, pas de douleurs.

En outre, jamais il n'accuse de brûlures. Ajoutons que ces douleurs surviennent à peu près chaque jour, sont exacerbées par la marche ou le travail, par contre entièrement calmées par le décubitus dorsal.

Enfin, depuis 6 mois, le malade est tombé de 56 à 51 kgs et ne peut effectuer aucune occupation régulière.

A l'examen, malade maigre, pâle, hypotendu : 9/6, légère sensibilité épigastrique. Le reste est normal.

La radio, pratiquée le 27-3-41, montre une niche typique au tiers moyen de la partie verticale de la petite courbure, de forme vaguement triangulaire, réalisant même sur un pilier un aspect en console et débridant nettement l'aire gastrique.

La recherche du sang dans les selles, après mise au régime d'épreuve, se montre négative.

Le malade est traité par le repos, le bismuth, la belladone, auxquels on ajoute une série d'injections intra-musculaires d'Hépatrol, la numération ayant montré une légère déficience en globules rouges : 3.900.000; globules blancs : 9.600; hémoglobine 80 %, V. G. : 1,02; temps de saignement 3', de coagulation 16'.

Un mois après, le malade ne souffre presque plus, a repris des forces et du poids (2 kgs); il s'est reposé entièrement et a reçu 12 injections d'Hépatrol.

Mais la deuxième série de clichés, pratiquée le 28-4-41, montre que la niche n'a nullement diminué; sur un film, elle présente même un aspect un peu flou.

La discordance entre la clinique et la radio d'une part, la notion d'une hématomérose de l'autre, font conseiller au malade l'intervention. Celle-ci est pratiquée le 9 mai 1941, après transfusion pré-opératoire de 200 gr. Gastrectomie (Docteur Claude OLIVIER). Les examens macro- et microscopiques montrent qu'il s'agit d'un ulcère bénin.

OBSERVATION N° 6. — *Syndrome ulcéreux depuis 3 ans.*

— *Crise récente sans rémission depuis 2 mois.* —

Niche de la petite courbure verticale. — Semi-échec de la protéinothérapie endoveineuse. — Persistance radiologique de la niche avec tendance à l'augmentation. — Intervention : ulcère bénin.

Jean Pell..., 36 ans, déménageur.

Vient à la consultation de médecine de l'Hôpital Tenon de 24-2-41, pour douleurs épigastriques.

Depuis 3 ans, le malade présente un syndrome périodique tardif douloureux avec, tous les 2 mois environ, une crise d'une quinzaine de jours, caractérisée par des douleurs postprandiales tardives survenant vers 4 à 5 heures de l'après-midi. Le malade accuse une sensation de crampe et de torsion vive, calmée par l'ingestion d'alcalins.

Les intervalles libres semblent respectés; toutefois, l'existence de pituites matinales, d'un léger tremblement de la langue, le facies, la profession, les cauchemars, mettent une teinte éthylique certaine.

Depuis 2 mois, la crise n'a pas cessé; chaque jour, elle résiste aux alcalins, survient également le soir vers 10 heures et 11 heures et s'accompagne de vomissements alimentaires.

A l'examen, sensibilité épigastrique sans irradiations, foie un peu gros et sensible. T. A. 12/8, réflexes normaux. Rien dans les urines. On pense à une association éthyle-ulcère.

La radio, pratiquée le 27-2-41, montre une niche de la partie inférieure de la portion verticale de la petite courbure, de dimensions moyennes. Un spasme réactionnel de la grande courbure. En outre, la région sous-ulcéreuse, au niveau du Sulcus, est parfois irrégulière, comme déchiquetée.

On pose le diagnostic d'ulcère gastrique et on commence le traitement par la protéinothérapie intraveineuse.

Le malade est revu un mois après. Les 12 injections de protéine n'ont entraîné qu'une diminution partielle des douleurs, mais les vomissements ont cessé et le malade a repris 1.500 gr.

Une deuxième série de clichés, pratiquée le 3-4-41, montre la persistance de la niche qui, sous certaines incidences obliques, semble même avoir augmenté de volume. Par contre, l'aspect irrégulier de l'antré, constaté la première fois, a complètement disparu.

Considérant le cas comme suspect et penchant vers l'hypothèse d'une dégénérescence possible, on conseille l'intervention.

Celle-ci a lieu le 15 avril 1941 (Docteur Claude OLIVIER), après avoir été précédée d'un troisième contrôle radiologique où la niche apparaît constante sur tous les clichés, et parfois reposant sur une paroi rigide.

Le chirurgien ne remarque rien d'anormal et trouve, à la

facé interne et postérieure de la petite courbure, un ulcère grand comme une pièce de 5 francs, dont le fond est formé par le corps du pancréas. Gastrectomie.

A l'examen de la pièce (Professeur agrégé GAUTHIER-VILLARS), ulcère gastrique sans modification de la muqueuse voisine, sans lésions, évoluant vers la perforation, sans lésion de dégénérescence maligne.

Suites opératoires normales. Sort guéri le 7 mai.

OBSERVATION N° 7. — *Opéré en 1936 à l'Hôpital Tenon (Pavillon Dolbeau), avec le diagnostic de niche géante de la petite courbure. — Tumeur inextirpable, avec grosse réaction ganglionnaire inflammatoire. — 3 ans après, estomac radiologiquement normal avec rétraction de la petite courbure. — Autopsie : cicatrice d'ulcère bénin guéri par cicatrisation.*

Gaston Ren..., 66 ans, manœuvre.

Entre à l'Hôpital Tenon, le 13 juin 1939, pour bronchite aiguë.

Hospitalisé Salle Montyon, dans le service du Docteur CARRIÉ.

A l'examen, on découvre une cicatrice de laparotomie sus et sous-ombilicale.

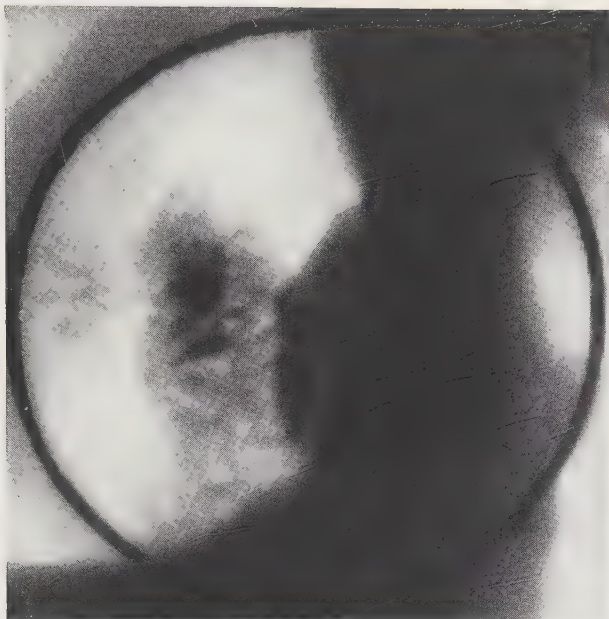
L'interrogatoire apprend que, trois ans auparavant, le malade avait été hospitalisé au Pavillon Dolbeau pour dyspepsie récente datant de trois mois, vomissements et gros amaigrissement.

— L'absence de passé digestif,

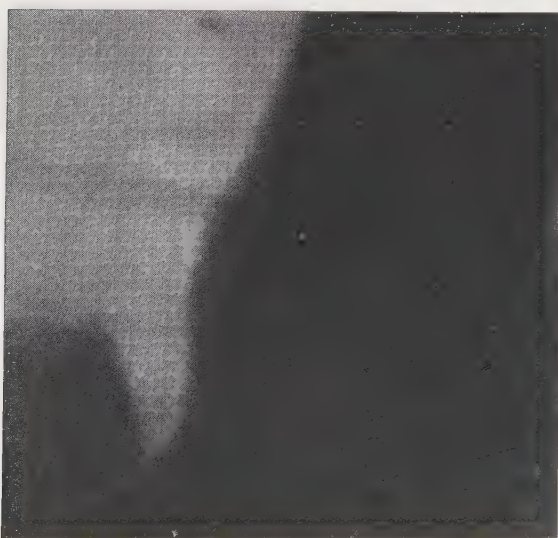
— L'atteinte de l'état général,

— La présence de sang dans les selles, enfin l'existence d'une niche géante de la région du Sulcus font craindre un cancer gastrique et décident à intervenir.

Le compte rendu opératoire mentionne que le chirurgien est tombé sur une volumineuse tumeur gastrique, adhérente



Observation N° 8. — Niche géante de la petite courbure avec aspect en ménisque.



Observation N° 8 — Disparition totale de la niche après proteinothérapie.

en arrière et latéralement, inextirpable, avec grosse réaction ganglionnaire.

On se contente de refermer après avoir prélevé deux fragments ganglionnaires que l'examen histologique montre simplement inflammatoires, sans aucun début de dégénérescence.

A l'examen, le palper ne décèle aucune sensibilité à la pression de la région épigastrique. Le malade n'accuse d'ailleurs aucun trouble digestif, sauf parfois quelques régurgitations souvent nocturnes.

La bronchite guérie, on pratique un examen radiologique de l'estomac. On ne constate aucune anomalie, aucune niche, aucune infiltration, mais une volumineuse rétraction de l'angle gastrique, coudé en canon de fusil, et le pylore est fortement altéré à droite.

On pose à ce moment le diagnostic rétrospectif d'ulcère géant de la petite courbure.

Quelques jours après, le malade fait une hémorragie cérébrale et meurt.

La vérification permet de constater une cicatrice d'ulcère un peu au-dessus de l'angle gastrique, avec confirmation de la rétraction de la petite courbure.

OBSERVATION N° 8. — *Syndrome douloureux tardif périodique datant de 9 ans. — Crise récente, prolongée, avec amaigrissement. — A la radio : niche géante de la petite courbure avec aspect en ménisque. — Disparition totale, après protéinothérapie, des signes cliniques et radiologiques. — Reprise importante de poids : 11 kgs.*

André Rou..., maçon, 55 ans.

Vient consulter le 17-2-41 pour un syndrome douloureux tardif périodique datant de 1932, caractérisé par des douleurs survenant 3 heures après les principaux repas, sans vomissements, et durant une quinzaine de jours, crises partiellement soulagées par les aliments.

3 ou 4 crises par an environ.

Depuis un mois, les douleurs sont continues, s'accompagnent de vomissements et de vives douleurs à la pression de la région épigastrique.

Les radiographies pratiquées le 24-2-41 montrent toute une très volumineuse niche, en forme de mamelon, à la moitié inférieure de la portion verticale de la petite courbure, visible surtout en oblique et développée principalement aux dépens de la petite courbure. Cette niche doit atteindre à peu près 4 cm. de hauteur sur 2 de largeur. En outre, son fond en paraît irrégulier, bordé par un ménisque; malgré la douleur élective à son niveau et l'histoire clinique avec périodicité nette, cet aspect est des plus suspects et doit faire penser à une dégénérescence possible.

Le malade est traité par la protéinothérapie intraveineuse et reçoit 20 injections, les 8 dernières sous-cutanées, le malade ne souffrant pratiquement plus à partir de la dixième piqûre.

Un examen radiographique de contrôle est pratiqué le 7-4-41. La niche géante a disparu à peu près totalement, tout au plus sur un film subsiste-t-il une très légère encoche.

Le malade est revu aux mois de mai, juin et septembre; il se porte parfaitement bien et a repris 11 kgs. On continue à le surveiller sans lui prescrire aucun traitement spécial.

OBSERVATION N° 9. — *Syndrome douloureux tardif non périodique. — Première radio négative. — Echec du traitement médical. — Deuxième radio : grosse niche postéro-interne du corps de l'estomac. — Gastrectomie : ulcère bénin.*

Germaine Ser..., 39 ans.

Vient consulter le 4-2-41 pour une crise douloureuse épigastrique. Depuis 2 ans, elle présente un syndrome douloureux tardif survenant 3 heures après les repas, mais de façon très irrégulière, parfois plusieurs jours de suite, parfois un ou deux jours par semaine. Ces douleurs sont simplement atténuées par l'ingestion d'alcalins, mais exacerbées par les aliments, qui contraignent la malade à se restreindre à ce point de vue.

a.



b.



Observation N° 9. — Grosse niche postérieure.

a) Prise avec compression.

b) Prise en oblique.

Depuis le mois d'octobre 1940, la malade a recommencé à souffrir 3 heures après le repas : douleur qui irradie vers le sternum et dans le dos, et qui n'a laissé à la malade aucune accalmie. De ce fait, celle-ci a perdu 6 kgs.

Au palper, on réveille une douleur exquise sous le rebord costal gauche.

L'examen radiologique du 11-2-41 ne montre aucun signe d'ulcère ou de cancer, mais l'évacuation se fait assez lentement; l'estomac est un peu dilaté transversalement, réalisant parfois l'aspect en fanon. On a l'impression d'un début de sténose pylorique, quoique la malade n'ait jamais vomi.

Celle-ci est traitée par le repos au lit, l'extrait parathyroïdien en suppositoires et les alcalins au moment des douleurs.

Après une accalmie relative pendant six semaines, les douleurs réapparaissent avec parfois accompagnées de vomissements. La malade recommence à maigrir.

Le palper montre toujours une zone douloureuse sous le rebord costal gauche.

Le 11-4-41, on pratique une nouvelle série de clichés en attirant l'attention sur toute la portion verticale de l'estomac et en particulier la grosse tubérosité. Cette fois, grâce à la prise de clichés en diverses incidences, obliques, et en s'aidant de manœuvres de compression, on arrive à mettre en évidence une volumineuse niche de la partie haute du corps de l'estomac, débordant sur la petite courbure.

Devant l'échec du clinostatisme et du traitement médical, on conseille une intervention.

Celle-ci est pratiquée le 25-4-41 (Professeur MONDOR) et montre un volumineux ulcère à cheval sur la petite courbure, mais débordant surtout sur la face postérieure gastrique.

OBSERVATION N° 10.

Jean Tan..., 78 ans.

Vient consulter le 23-10-41 pour une crise douloureuse épigastrique datant de six semaines, caractérisée par des phénomènes douloureux survenant 3 heures après le déjeuner,

s'accompagnant de vomissements. La douleur cède spontanément vers 19 heures.

Le malade ne peut presque pas s'alimenter et ne peut boire que de l'eau.

A l'examen, douleur assez vive, sous le rebord costal gauche et à l'épigastre.

Pas d'amaigrissement.

Sur les films, niche géante de la partie inférieure de la portion verticale de la petite courbure, longue de 6 centimètres.

Malgré l'âge, et eu égard à la brusquerie de la crise, à la dimension de la niche coïncidant avec une histoire clinique aussi récente, on affirme le diagnostic d'ulcère géant de la petite courbure chez un vieillard, et on commence la protéinothérapie intraveineuse avec précaution.

Le malade est revu 48 heures après la première injection : 1/2 cc. dilué dans 20 cc. de sérum physiologique.

La douleur a presque complètement disparu. Le malade a eu un frisson avec une petite élévation thermique à 38°.

On continue néanmoins les injections et, devant la persistance de la réaction, on substitue l'hyposulfite au sérum physiologique.

Le malade est hospitalisé le lundi 3 novembre.

Cette crise douloureuse est la deuxième que subit le malade; la première est survenue il y a deux ans, elle a duré une semaine et était faite de douleurs plus intenses, qu'une potion à la belladone a fait cesser.

Actuellement, le malade présente un assez bon état général. Il n'a pas maigri au cours de sa dernière crise, nous dit-il. On ne sent pas de tumeur au niveau de l'estomac. Le foie est un peu douloureux; son rebord inférieur déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

Numération globulaire le 6-11-41 :

Hémoglobine : 40 %;

Globules rouges : 2.480.000;

Globules blancs : 8.200;

Polynéutrophiles : 71;

Eosinophiles : 3;

Lymphocytes : 17;

Monocytes : 9.



Observation N° 11. — Volumineuse niche du tiers supérieur de la portion verticale de la petite courbure.



Observation N° 11. — Disparition quasi-complète de la niche après traitement.

Recherches du sang dans les selles après repas d'épreuve, se montre positive.

Le 12-11-41 : Un examen radiologique montre une diminution de la niche. La maladie est en cours.

OBSERVATION N° 11. — *Syndrome périodique douloureux tardif typique. En septembre 1941, grosse niche de la petite courbure verticale. En novembre, disparition quasi complète de l'image après traitement.*

Joseph Lat..., 63 ans, manœuvre.

Vient consulter à l'Hôpital Tenon, le 8-9-41, pour syndrome périodique tardif douloureux.

La première crise, en janvier 1941, a duré 2 mois; elle se caractérise par une douleur épigastrique survenant 3 heures après les repas, douleur irradiant dans le dos, avec sensation de transfixion, et aussi vers le sein droit.

Cette douleur est calmée assez rapidement par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins.

Elle ne s'accompagne ni de vomissements, ni de constipation.

Intervalle libre intégral jusqu'en août 1941, où commence une seconde crise extrêmement violente. La douleur est peu ou pas calmée par les aliments ou les alcalins, et elle dure deux heures environ.

Les radiographies pratiquées le 11-9-41 montrent une volumineuse niche du tiers supérieur de la portion verticale de la petite courbure, haute de 3 centimètres, large de 2.

Le malade est traité par la protéinothérapie endoveineuse et reçoit 12 injections.

La crise s'amende rapidement en 15 à 20 jours environ.

Un deuxième examen radiographique, pratiqué le 5-11-41, montre la quasi-disparition de la niche, dont on ne distingue plus qu'un simple contour sur une série de films.

Le malade, ne souffrant plus, est maintenu sous surveillance, mais sans traitement.

CONCLUSIONS

1. — Contrairement à une opinion récemment formulée, les niches géantes de la petite courbure de l'estomac ne sont pas forcément de nature cancéreuse.

2. — Les renseignements fournis par l'interrogatoire et l'allure clinique des troubles observés sont très importants : ils ne sont pas primordiaux et ne peuvent permettre que de redouter la malignité de la lésion.

3. — Les radiographies en série sont indispensables et c'est moins la dimension de la niche que sa forme, son siège et les altérations gastriques avoisinantes qui apportent des renseignements précieux pour le diagnostic étiologique.

4. — De l'association de ces différents facteurs : examen clinique, recherche des hémorragies occultes, radiographie, doit se dégager un diagnostic présumé.

5. — Ce diagnostic sera confirmé ou infirmé par l'évolution radiologique de la lésion après traitement d'épreuve.

6. — En cas de désaccord entre la clinique et la radiologie, il semble que l'on doive se baser sur cette dernière pour décider d'une intervention chirurgicale.

7. — Seul l'examen histologique post-opératoire apportera la certitude.

8. — Tout l'intérêt du diagnostic tient à distinguer l'ulcère du cancer, distinction rendue souvent très difficile par l'existence du cancer ulcéreux et par la possibilité de dégénérescence de l'ulcère.

Vu :
Le Président,
MONDOR.

Vu :
Le Doyen,
BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BOCCA et RICO. — Ulcère géant de la petite courbure de l'estomac. (*Les Cahiers de Gastro-entérologie*, juin 1937.)
- COMFORT et VARZANT. — L'acidité gastrique dans le cancer de l'estomac. (*Am. J. of Surg.*, vol. XXVI, 1934, p. 447.)
- DECOURT et BASCOURET. — Les Bradycardies au cours des affections intestinales. (*Journal Médical Français*, septembre 1932.)
- DURAND (Gaston) et NEMOURS (Auguste). — Séméiologie radiologique de l'ulcère de l'estomac. (*Paris* 1940, Doin.)
- GUTMANN (R.-A.). — Les niches de la petite courbure, médecine ou chirurgie. (*Archives de Thérapeutique*, n° 1.)
- GUTMANN (R.-A.), BERTRAND (Ivan), PERISTIANY (T.-J.). — Le cancer de l'estomac au début. (*Paris* 1939, Doin.)
- GUTMANN (R.-A.). — Syndromes douloureux de la région épigastrique. (*Paris* 1936, Doin.)
- HILLEMAND (P.), GARCIA-CALDERON (J.). — Caractères radiologiques des ulcères de la petite courbure gastrique. (*Arch. Méd. Chir.*, 15 janvier 1937.)
- HOFFMANN (R.). — L'ulcère du canal pylorique. (*Thèse de Strasbourg*, 1935.)
- JOLY. — Ulcère térébrant guéri par gastrectomie. (*Soc. Méd. Fr.*, 10 nov. 1936.)
- LANCHOU (G.). — L'ulcère géant de la petite courbure. (*Thèse Paris*, 1939.)
- LAPORTE, MOREL, DARNAUD et GOURDON. — Niche gastrique géante de nature ulcéreuse. (*Soc. Méd. Chir. Toulouse*, janvier 1938.)

MONGES (J.) et LÉGRÉ (M.). — Disparition de volumineuses niches d'ulcère de la petite courbure. (*Soc. Méd. Marseille*, 7 juillet 1937.)

MOUTIER. — Etude gastroscopique de l'ulcère géant de la petite courbure. (*Le Documentaire Médical*, avril 1936.)

SAVY, VACHON et ROMAGNY. — Les ulcères géants de la petite courbure. (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 avril 1939.)

TABLE DES MATIÈRES

La Clinique	15
Examens Paracliniques	21
Radiologie	23
Evolution Thérapeutique	33
Observations	39
Conclusions	55
Bibliographie	57
